

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLO SPORTELLLO DI ASCOLTO
(genitori/alunni/personale)**

Alla Dott.ssa SCARPA Valentina
dottorressa.scarpav@iccerrina.edu.it

Il/I sottoscritto/i
in qualità di:

GENITORI dell'alunno/a:, iscritto alla classe.....,
sezionedel Plesso didell'I.C. Cerrina;

DOCENTE del Plesso di dell'I.C. Cerrina;

ATA del Plesso di dell'I.C. Cerrina, profilo professionale
di

Numero di telefono o cellulare:

Mail:

CHIEDE DI POTER AVERE UN COLLOQUIO CON LA S.V.

Rimanendo in attesa della comunicazione dell'orario e del giorno dell'appuntamento.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.LGS. 196 del 2003 (Codice Privacy). Si informa che i dati, che verranno rilevati tramite l'attività di sportello di ascolto, verranno utilizzati garantendone la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente per il servizio di sportello psicologico. I dati forniti sono inoltre coperti da segreto professionale.

Data _____

FIRMA _____